

Medicina Geral e Familiar em Portugal

Family and General Medicine in Portugal

Medicina General y Familiar en Portugal

Ana Costa. Unidade de Saúde Familiar Alpha Mouro. Agrupamento de Centros de Saúde de Sintra (ACES Sintra). Sintra, Lisboa, Portugal.
analgcosta@gmail.com (*Autora correspondente*)

Raquel Pedro. Unidade de Saúde Familiar Alpha Mouro. Agrupamento de Centros de Saúde de Sintra (ACES Sintra). Sintra, Lisboa, Portugal.
raquel.luisa85@gmail.com

Sara Magalhães. Unidade de Saúde Familiar Alpha Mouro. Agrupamento de Centros de Saúde de Sintra (ACES Sintra). Sintra, Lisboa, Portugal.
sararmagalhaes@gmail.com

Resumo

Nas últimas décadas, tem-se assistido em Portugal ao desenvolvimento da especialidade de Medicina Geral e Familiar (MGF), à semelhança daquilo que tem ocorrido em outros países europeus. No presente artigo, são descritas as diversas alterações, tanto no nível da carreira médica como no nível da formação, que vieram a culminar no atual modelo a partir do qual é realizada a especialidade de MGF. São também explicadas de forma sucinta as etapas formativas, incluindo os seus objetivos principais, desafios e dificuldades, bem como os métodos de avaliação ao longo do internato. O objetivo é o de divulgar os moldes em que são feitas a formação específica e o ingresso na carreira de MGF em Portugal.

Abstract

General and Family Medicine in Portugal as a medical specialty has evolved in the past few decades much the same way as in other European countries. This article aims to describe the various changes that have taken place over the years, in terms of career reform and medical training, which together have brought about the present model for General and Family Medicine training. It succinctly delineates the stages in training, including the main objectives at each step, the difficulties and the many challenges encountered along the way, as well as the methods of evaluation during the internship. The main objective of this article is to inform how training in family medicine is conducted and how one can embark on this career path in Portugal.

Resumen

En las últimas décadas se ha producido en Portugal el desarrollo de la especialidad de Medicina General y Familiar (MGF), similar a lo que ha ocurrido en otros países europeos. En este artículo se describen los diversos cambios, tanto dentro de la profesión médica como en el ámbito de la educación de pregrado y de la formación específica, la cual llegó a su culminación en el modelo actual que regula la especialidad de MGF. También se explica brevemente las etapas formativas, incluyendo sus principales objetivos, retos y dificultades, así como los métodos de evaluación a lo largo de lo internado médico. El objetivo es dar a conocer la forma en que se hace la formación específica y el ingreso en la profesión de MGF en Portugal.

Palavras-chave:

Medicina de Família e Comunidade
Educação Médica
Atenção Primária à Saúde
Internato e Residência

Keywords:

Family Practice
Education, Medical
Primary Health Care
Internship and Residency

Palabras clave:

Medicina Familiar y Comunitaria
Educación Médica
Atención Primaria de Salud
Internado y Residencia

Fonte de financiamento:
declaram não haver.

Parecer CEP:
não se aplica.

Conflito de interesses:
declaram não haver.

Procedência e revisão por pares:
encaminhado pelo editor, não
revisado por pares.

Recebido em: 04/05/2014.
Aprovado em: 06/05/2014.

Introdução

A MGF é uma disciplina médica complexa, pois contempla uma abordagem sistêmica que engloba todo o contexto psicológico, social, cultural e econômico em que a pessoa se insere. É também uma especialidade holística e direcionada para a prática de uma medicina centrada na pessoa que vai de encontro aos problemas atuais da nossa sociedade.

A sua história em Portugal é recente e, nesse período, passou por diversas reformas, abrangendo a criação e reformulação da especialidade, as políticas de saúde, bem como a própria formação médica pré- e pós-graduada, com o objetivo de fortalecer a rede de cuidados primários de saúde. Todas essas alterações objetivam valorizar a MGF como um pilar central em um sistema nacional de saúde (SNS).

Perspectiva histórica

Em Portugal, o caminho para o desenvolvimento da MGF iniciou-se na década de 1960, com a criação dos Serviços Médico-Sociais (SMS) das caixas de previdência, destinados aos indivíduos cujo trabalho contribuía para o sistema e aos seus familiares. Esses serviços atuavam sobretudo na prevenção secundária, e os cuidados eram prestados por médicos sem formação específica. Contudo, grande parte da população era excluída desses serviços, o que tornou necessário criar outro tipo de instituição que prestasse cuidados médicos aos pobres e indigentes e à população mais abastada.¹

Em 1971, foi reconhecido o diploma legal que confere direito à saúde a todos os cidadãos e, na sequência, foram criados os primeiros centros de saúde (CS), que abrangiam apenas os cuidados de saúde materno-infantil, prestados sobretudo por ginecologistas, pediatras, médicos apenas com formação básica e enfermeiras.¹

Em nível internacional, a MGF como uma especialidade diferenciada no formato como hoje é conhecida só foi desenvolvida a partir da criação da *World Organization of National Colleges and Academies of General Practice/Family Medicine* (WONCA) em 1972, quando surgiu consenso em relação à necessidade de se romper com o passado, ou seja, com a existência do antigo “clínico geral” – médico indiferenciado. A ideia era de formar uma nova classe de generalistas com formação específica e com competências para lidar com os novos problemas da sociedade moderna: doenças crônicas, problemas relacionados com a longevidade e comportamentos prejudiciais à saúde. Esses novos médicos passaram a ser designados como Médicos de Família (MF), que são médicos generalistas da comunidade, mas com conhecimento especializado e com uma abordagem centrada na pessoa, contrastando com a ultraespecialização tecnológica das especialidades hospitalares, que progressivamente distanciavam-se da medicina centrada no doente.²

Em 1974, começou a ser desenhada a criação de um SNS em Portugal, que nasceu, finalmente, em 1979.¹ Como já ocorria em outros países, e com o nascimento do SNS, surgiu a necessidade de se criar um novo tipo de médico que assumisse uma atitude mais personalizada na prestação dos cuidados de saúde.

Em abril de 1979, quatro médicos ingleses do *Royal College of General Practitioners* britânico, após um seminário realizado na Escola Nacional de Saúde Pública de Portugal, publicaram um relatório chamado “O papel do clínico geral em Cuidados de Saúde Primários (CSP)”. Esse documento constituiu um marco importante na Clínica Geral em Portugal.^{1,3}

Em 1980, foi instituída uma portaria que veio a regulamentar uma nova carreira – a de generalista –, e em 1981 teve início o internato da especialidade de Clínica Geral (equivalente português do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade no Brasil).¹ Em 1982, foi então publicada em decreto-lei a regulamentação da carreira médica de Clínica Geral. Na mesma época, surgiu o Colégio da Especialidade na Ordem dos Médicos e os Institutos de Clínica Geral, responsáveis pela formação dos internos e dos médicos que já exerciam como clínicos gerais.¹

Entre 1981 e 1987, o internato estava centrado no hospital e os orientadores eram de outras especialidades. A partir de 1987, o programa de formação passou a incluir estágios em CS e, desde então, a única forma acesso à carreira de MGF tem sido por meio do internato complementar de MGF.¹

Em 1993, foi publicado em decreto-lei o novo estatuto do SNS, no qual foi estabelecida a formação das unidades integradas de saúde, que fazem a articulação entre os CS e os hospitais.⁴

Em 1996, surgiu o Projeto Alfa, uma iniciativa que permitiu aos profissionais de saúde pôr em prática as suas ideias em relação à organização dos CSP. Mais tarde, em 1998, foi aprovado o regime remuneratório experimental dos médicos de MGF, que associava o seu desempenho à sua remuneração.⁴

O decreto-lei que previa a reorganização dos CSP e a criação de Unidades de Saúde Familiares (USF) foi publicado em 1999, mas entrou em ação apenas em 2005, com a criação da “Missão para os CSP”. Essa missão tinha como objetivo alterar o modelo de prestação de cuidados existente, no sentido de torná-lo mais acessível e eficiente. Com essa reforma, os CSP passaram a ser o pilar central do sistema de saúde, e foram definidas oito áreas prioritárias de intervenção: reconfiguração e autonomia dos CS, implementação de USF, reestruturação dos serviços de saúde pública, outras dimensões de intervenção na comunidade, implementação de Unidades Locais de Saúde, desenvolvimento de recursos humanos, desenvolvimento do sistema de informação e mudança e desenvolvimento de competências.⁵

Parte importante da Missão para os CSP consistiu no lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos CS e implementação das USF. Essas são pequenas unidades funcionais autônomas, prestadoras de cuidados de saúde à população, que proporcionaram maior proximidade ao cidadão e maior qualidade de serviço, por meio de um modelo de contratualização interna.⁵

Em 2007, foram criados os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) com a missão de garantir a prestação de CSP à população de uma área geográfica determinada, procurando manter os princípios de equidade e solidariedade, de modo que todos os grupos populacionais compartilhem igualmente dos avanços científicos e tecnológicos, e postos ao serviço da saúde e do bem-estar. Esses agrupamentos são pequenas unidades funcionais autônomas que prestam cuidados à população e permitem a agregação de recursos e estruturas de gestão.⁶

Educação médica

Para reforçar as reformas efetuadas ao longo do tempo que vieram a dignificar a carreira de MGF e dar destaque aos cuidados primários, foram feitas importantes modificações curriculares na educação médica, de modo a dar melhor resposta às atuais necessidades da nossa sociedade. Da mesma forma que o modelo antigo do internato médico em MGF, que era realizado inteiramente em nível hospitalar, sem exposição aos cuidados primários, também a formação pré-graduada (que no Brasil é denominada graduação) não previa estágios em CS.

Contudo, embora neste momento exista uma grande diversidade em todo o país em relação à abordagem do ensino médico, há uma tendência cada vez maior a uma exposição precoce não só à prática clínica em geral, mas também ao contato com os cuidados primários, assim como ao ensino feito na comunidade, numa tentativa de quebrar com o ensino tradicional e hospitalocêntrico.

Em Portugal, existem 8 faculdades de medicina. A mais recente e controversa é a Faculdade de Medicina da Universidade do Algarve, fundada em 2009, que veio a introduzir em Portugal um curso de 4 anos, com ensino pós-graduado (chamado no Brasil de pós-graduação), para alunos já licenciados em ciências. O mesmo é único, não só pela sua duração, mas também por oferecer um programa integralmente baseado na *aprendizagem baseada em problemas* e estabelecido à imagem do curso desenvolvido na Faculdade de Medicina da Universidade de McMaster no Canadá.^{7,8} Essa faculdade distingue-se também pelo fato de o ensino clínico começar no 1º ano, sendo tutorado por médicos de família em CS, para que os alunos tenham uma exposição extensa à MGF. É só depois, no 3º ano, que os estudantes ingressam no ensino hospitalar.⁷

Houve igualmente aprovação de dois cursos novos em Portugal (Braga e Covilhã), cujo intuito foi introduzir alterações profundas no currículo do ensino para renovar a educação médica e, de certa forma, dar resposta às insuficiências dos modelos pedagógicos das faculdades ditas mais tradicionais. Trata-se de dois cursos com duração de 6 anos, mas criados em moldes inovadores e integrados na perspectiva biopsicossocial.^{9,10} Embora diferentes em estrutura, ambos incluem uma introdução precoce à clínica com estágios curtos em CS, assim como cadeiras teóricas ao longo do curso sobre família, sociedade e saúde, saúde comunitária, e cuidados primários, as quais culminam em estágios clínicos em MGF durante os anos clínicos; por fim, há um estágio profissionalizante no 6º ano.

Os cursos restantes (Lisboa, Porto e Coimbra), na sua maioria, têm tentado convergir nessa tendência, introduzindo na última década alterações curriculares importantes. Destacam-se estágios curtos de MGF durante os anos pré-clínicos e o ensino teórico abrangendo medicina preventiva, medicina comunitária, família-saúde-doença e algum enfoque na comunicação e na relação médico-doente.

Essa mudança de paradigma no ensino foi necessária para mudar atitudes negativas prevalentes em relação à medicina generalista e que estão muito enraizadas na nossa sociedade e na classe médica. Nesse sentido, pretendem-se aliciar as novas gerações. Com o tempo, essa exposição precoce à MGF está dando mais ferramentas aos jovens para que os mesmos tomem decisões sobre as suas carreiras de forma mais informada.

Os que não escolhem a medicina geral acabam por embarcar em outra área da medicina com uma maior compreensão e valorização dos cuidados primários, cultivando respeito pelos colegas generalistas. Em última análise, isso contribuirá para melhorar a comunicação e as relações de proximidade entre o generalista e o especialista hospitalar. Por outro lado, favorecerá a melhor integração dos cuidados primários e secundários, o surgimento de mais responsabilidades partilhadas, menos fragmentação de cuidados e melhor comunicação interpares, que é fundamental para a prestação de cuidados de saúde de qualidade.

Mais importante que isso, as modificações dos moldes da formação médica nas nossas faculdades, ao começarem a introduzir o modelo biopsicossocial como o pilar da medicina, estão incutindo nos cérebros ainda jovens dos futuros médicos os valores verdadeiramente importantes da nossa profissão: comunicação, medicina holística e prática centrada no paciente. Só dessa forma é que teremos profissionais mais preparados para lidar com pessoas e com toda a complexidade inerente ao ser humano, que vai muito além da sua biologia. Como dizia o Dr. Roger Neighbour no congresso nacional do *Royal College of General Practitioners* no Reino Unido, em outubro 2013, “só dessa forma é que se consegue reintroduzir o elemento de “gentileza” (“*kindness*”) na nossa medicina, uma medicina que nas últimas décadas tem se tornado cada vez mais impessoal e mecanicista”.

Internato médico em Medicina Geral e Familiar

Após a conclusão de um ano de formação genérica comum a todos os médicos (Ano Comum), que inclui estágios de cirurgia geral (2 meses), cuidados de saúde primários (3 meses), medicina interna (4 meses), pediatria (2 meses) e obstetrícia (1 mês), segue-se a escolha da especialidade.¹¹

Nos últimos anos, tem-se assistido a um aumento do número de vagas disponíveis na área da MGF, sendo que em 2013, do total de 1478 vagas, 30% corresponderam à MGF.¹²

Até o ano de 2009, a formação específica em MGF era feita ao longo de 3 anos; contudo, para melhorar as competências essenciais à complexidade das funções desempenhadas pelo médico de família, a duração do internato foi ampliada para 4 anos, de forma semelhante ao que tem ocorrido em outros países.^{11,13} O internato é composto atualmente por estágios obrigatórios, de duração fixa, e por estágios opcionais e de curta duração, escolhidos pelo próprio interno e de realização habitual nos serviços pertencentes ao local onde o internato é feito.

A formação é realizada em sua maior parte na área de especialização — MGF — e é tutelada por um orientador de formação atribuído ao interno a partir do momento em que ele ingressa no programa.

A escolha dos estágios opcionais é flexível e ocorre com cerca de meio ano de antecedência do seu início, podendo o médico escolher áreas de interesse pessoal ou aquelas em que sente maiores dificuldades, estando a sua aceitação sujeita ao parecer tanto do orientador de formação, como do diretor do internato.

As principais dificuldades encontradas nesse processo relacionam-se com discrepâncias entre o local escolhido pelo interno para a realização do seu estágio e o local no qual o mesmo realmente é alocado, o que se deve na maior parte das vezes à falta de vagas.

A cada estágio são atribuídos objetivos específicos. Os estágios obrigatórios são fixados pela coordenação do internato, levando-se em conta a legislação em vigor, e os estágios opcionais/curtos são estabelecidos pelo próprio médico.

No primeiro ano de formação, há rotação pelos estágios obrigatórios de MGF 1 (5 meses, centro de saúde), Pediatria (3 meses, hospital) e Ginecologia/Obstetrícia (3 meses, hospital).¹¹

O segundo ano é composto por MGF 2 (5 meses, centro de saúde) e estágios opcionais (5 meses, hospital ou outras unidades de saúde).¹¹

Seguem-se MGF 3 (8 meses, centro de saúde), estágio de saúde mental (3 meses, hospital ou outra unidade de saúde) e de urgência, que inclui ortopedia, cirurgia e medicina interna (2 meses se seguido ou 6 meses se opção de 12 horas semanais).¹¹

O último ano é dividido entre MGF 4 (10 meses, centro de saúde), um estágio opcional com duração de 1 mês e pequenos estágios que podem ter um total de 180 horas.¹⁰ Habitualmente, esses estágios são utilizados para dar conta de eventuais dificuldades em procedimentos ou áreas específicas, podendo ser realizados no exterior.

No decorrer dos 4 anos de formação, são também realizados cursos curriculares de participação obrigatória em diversas áreas (investigação, comunicação, gestão da consulta, ética, família, etc.). Além desse tipo de formação teórica, é também permitido ao médico interno frequentar encontros médicos (simpósios, congressos, jornadas) no total de 15 dias úteis por ano.

No fim de cada ano, é feito um exame para avaliar os conhecimentos adquiridos ao longo dos estágios até então realizados. A avaliação final do internato consiste em 3 provas distintas – discussão curricular, prática e teórica – com discussão oral, avaliada por um júri composto por cinco membros.

Perspectivas de carreira

Terminada a formação específica, a maioria dos recém-especialistas ingressa na carreira médica no SNS em regime de exclusividade, por meio de serviços prestados nos CS e/ou integrados em uma equipe de urgência hospitalar.

Contudo, um número crescente de médicos tem se dedicado não só à prática clínica, mas ao desenvolvimento acadêmico, o que tem contribuído, embora ainda em pequena escala, para a evolução da investigação em cuidados primários.

Por outro lado, tem-se assistido a um aumento do número de subespecializações em áreas incipientes, como é o caso dos cuidados paliativos e tratamento de dor crônica. A prática privada continua a ser uma exceção nessa especialidade.

Conclusão

O percurso evolutivo da MGF em Portugal até a situação atual teve a duração de quase 40 anos. As influências exteriores, os fatos que foram acontecendo e as medidas políticas que foram sendo tomadas ao longo do tempo conduziram à aceitação e afirmação da especialidade MGF e ao reconhecimento do perfil profissional do médico de família.

Podemos concluir que a MGF ocupa atualmente em Portugal um lugar importante como atividade médica diferenciada, sendo cada vez mais uma opção de escolha para os jovens médicos que iniciam a sua especialização. Além disso, os médicos de família são hoje reconhecidos por sua atuação.

Referências

1. Sousa JC, Sardinha AM, Sanchez JP, Melo M, Ribas MJ. Os Cuidados de Saúde Primários e a Medicina Geral e Familiar em Portugal. *Rev Port Saúde Pública*. 2001;2:63-74.
2. McWhinney IR, Freeman T. *Manual de Medicina de Família e Comunidade*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
3. Jordão JG. *A medicina geral e familiar: caracterização da prática e sua influência no ensino pré-graduado [tese]*. Lisboa: Universidade de Lisboa; 1995. <http://hdl.handle.net/10451/2031>
4. Alves MV, Ramos V, editors. *Medicina geral e familiar 20 anos: da vontade*. Lisboa: MVA Invent; 2004.
5. Pisco L. A reforma dos cuidados de saúde primários. *Cadernos de Economia*. 2007 [acesso em 2014 Apr 16];(80):60-66. Disponível em: http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/9A05F533-B7AE-4256-9F80-7FDD3E7C4FC7/0/CE80Luis_Pisco.pdf.
6. Saúde Md. Decreto-Lei nº 28/2008. In *Diário da República* nº38.; 22 Fevereiro 2008. p. Sério I.
7. Universidade do Algarve. *Curso do Mestrado Integrado em Medicina [Online]*. Faro, Portugal: UAlg; c2009 [acesso em 2014 abril 26]. Disponível em: <http://www.medicina.ualg.pt/site/index.php?module=Content&func=view&pid=11>.
8. Ponte J. O curso de medicina da Universidade do Algarve. *Jornal de Notícias Médicas*. Algarve, Portugal; 2009 Marc. Disponível em: http://www.medicina.ualg.pt/site/index.php?module=Downloads&func=prep_hand_out&lid=5
9. Universidade do Minho. *Escola de Ciências da Saúde [Internet]*. Braga, Portugal: UM; c2014 [acesso em 2014 abril 26]. Disponível em: <http://www.ecsaude.uminho.pt/Default.aspx?tabid=4&pageid=5&lang=pt-PT>
10. Universidade da Beira Interior. *Faculdade de Ciências da Saúde*. [Internet]. Covilhã. [acesso em 2014 abril 26]. Disponível em: http://193.136.66.97/?page_id=105.
11. Ministério da Saúde (PT), Saúde Md. Portaria nº 300/2009, *Diário da República*, 1.ª série — N.º 58 — 24 de Março de 2009. In *Saúde Md.*; 2009. p. 1853-1857.
12. Ministério da Saúde (PT), Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). *Mapa de vagas – IM – 2013 FE [Internet]*. Portugal; 2013 [acesso em 2014 abril 26]. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Mapa%20de%20Vagas_IM_2013_AFE_29112013_19h.pdf.
13. Cabrita JM. *Programa de 4 anos – Breves Apontamentos*. *Jornal Médico*. 2008.